

NÉVROSES TRAUMATIQUES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EDMOND ISNARD

Né le 9 Février 1869, à Riez (Basses-Alpes)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

NÉVROSES TRAUMATIQUES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EDMOND ISNARD

Né le 9 Février 1869, à Riez (Basses-Alpes)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président; M. PIERRET, Assesseur; MM. WEILL et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0068

INTRODUCTION

En prenant pour sujet de thèse l'étude des névroses traumatiques de l'enfance, nous avons eu simplement pour but de mettre en relief certains faits curieux, les uns déjà classiques, les autres beaucoup moins connus; mais nous n'avions ni le temps ni la compétence nécessaires pour tenter un travail d'ensemble sur ces névroses, notamment aux points de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique. Tous ces côtés de la question ont été négligés.

Nous insisterons seulement sur les symptômes et le caractère des névroses traumatiques chez l'enfant, et nous diviserons notre travail comme il suit :

Chap. I. — Historique.

Chap. II. — Caractères de l'hystéro-neurasthénie traumatique chez l'enfant (d'un à quinze ans).

Chap. III. — Quelques faits relatifs aux traumatismes
crâniens.

Conclusions.

Mais avant de commencer cette étude, nous remercions M. le professeur Bondet, du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Weill, à qui nous devons l'idée première de ce travail et de très intéressantes observations, reçoive ici l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

NÉVROSES TRAUMATIQUES

CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La notion d'hystérie traumatique est de date récente. Depuis longtemps, les anciens auteurs avaient observé les troubles nerveux consécutifs à des traumatismes même légers, mais ils les décrivaient dans un chapitre de pathologie chirurgicale sous le nom de commotion cérébrale ou spinale. Littré, le premier, dans une autopsie restée célèbre, montre le tassement de la substance du cerveau et parle d'ébranlement moléculaire, de modification dynamique des centres. Les anciens chirurgiens, Chassaignac, Nélaton, trouvent de petites apoplexies capillaires, des îlots de sclérose miliaire, et nous verrons cette idée anatomo-pathologique reprise en Allemagne par Westphal. Plus près de nous, Duret invoque le choc du liquide céphalo-rachidien sur le plancher du quatrième ventricule et Bergmann une anémie aiguë de l'encéphale sous l'influence de la contraction réflexe des vaisseaux. Enfin,

Erichsen pense trouver le substratum anatomique d'accidents souvent tenaces dans des traces d'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la substance corticale.

Tous ces résultats, d'ailleurs très intéressants, auxquels nous pourrions ajouter ceux des travaux d'Erb et de Leyden sont mis en doute par Riegler. Ce dernier auteur, témoin de désordres cérébro-spinaux intenses chez des chauffeurs de locomotive menacés d'un accident qui n'avait pas eu lieu, met en évidence la valeur étiologique de l'idée, de l'état mental, d'après les théories de Braid, dans sa *Neurypnologie*, et de Russel Reynolds. Enfin, dès 1881, M. Walton et Putnam prononcent le mot d'hystérie.

Le mot devait rester. Il est vrai qu'en Allemagne, Thomsen, Oppenheim, Strümpell, s'inscrivent en faux contre une pareille appellation. Les « névroses traumatiques » différencieraient de l'hystérie par la ténacité des symptômes, l'hypocondrie des malades ; elle se rapprocheraient de la Schrecknévrose, névrose de la peur. Grassel n'est pas moins affirmatif. Il s'agirait pour lui d'une hystérie distincte par son étiologie, sa marche et son traitement. Mais, si les agents provocateurs de l'hystérie sont innombrables, celle-ci n'en reste pas moins une : « la forme nosographique est fixe, dit Charcot, en présence de la variété des causes occasionnelles. » La persistance des symptômes, signalée dans la névrose traumatique, n'est pas une preuve de dualité ; l'abattement des malades n'a rien de caractéristique et relève de la neurasthénie. En somme, il y a identité absolue entre certains désordres nerveux consécutifs au traumatisme et les accidents dits hystéro-toxiques ou hystéro-émotionnels.

Quels sont donc les symptômes observés en pareil cas ?

Ceux-là même que peut développer la suggestion chez les hystériques hypnotisables. Et, de fait, l'intensité et la nature du traumatisme ont une faible importance en l'espèce (Charcot).

Subitement ou après une longue incubation (le patient médite sa paralysie), se déclarent au grand complet les stigmates de l'hystérie. Mais les observations sont fréquentes où les troubles neurasthéniques dominent et se révèlent même à l'exclusion des autres. Les facultés intellectuelles sont atteintes, il y a des rêves effrayants, de l'émotivité, de l'anxiété sous toutes ses formes. La céphalée est continue avec insomnie, asthénie neuro-musculaire, dyspepsie. D'autres symptômes ont été signalés, tels l'amnésie rétrograde (cas de la sage-femme citée par Charcot), l'automatisme ambulateur, le somnambulisme (cas de Mesnel, Motet, Vibert).

Enfin, le type le plus fréquent répond à celui de l'hystéro-neurasthénie. Après un traumatisme produit généralement au milieu de circonstances dramatiques, la névrose mixte commence, « il paraît qu'en pareil cas, pour devenir hystérique, il faille passer par la neurasthénie ». Le phénomène a été surtout noté chez les sujets dépourvus de tare pathologique. Au bout de quelques mois, apparaissent les stigmates de l'hystérie, souvent des crises convulsives. Le malade peut guérir définitivement, mais en général la névrose est tenace, surtout quand dominent les troubles cérébraux. La faiblesse, l'excitabilité nerveuse persistent, et M. Vibert a prononcé dans quelques cas le mot de cachexie traumatique.

CHAPITRE II

Caractères de l'hystéro-neurasthénie traumatique chez les enfants.

Nous venons d'esquisser à grands traits l'histoire des névroses traumatiques dont tous les points sont élucidés aujourd'hui, grâce à d'innombrables travaux. Il faut nous demander maintenant si de pareils accidents ont été signalés chez les enfants et dans quelle mesure. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la question croient à l'immunité des enfants vis-à-vis des grands ébranlements nerveux. Les symptômes hystéro-neurasthéniques, dit M. Bouveret, ne se développent pas chez les enfants, les sujets en état d'ivresse, les gens profondément endormis. Si le fait est exact, il constituerait, dit-on, un argument en faveur de l'origine psycho-traumatique des troubles nerveux, origine admise par l'école française. Mais il faut remarquer que l'enfant ne saurait en aucune façon être assimilé aux gens en état d'ivresse ou profondément endormis. Il s'en distingue, au contraire, par un système nerveux excessivement actif et impressionnable.

C'est très souvent à l'époque de la puberté, soit de quinze à vingt ans, que l'hystérie fait son apparition, mais elle peut se montrer beaucoup plus tôt. Dans une statistique déjà ancienne, Briquet a prouvé que, sur 430 sujets, l'hystérie a débuté dans 87 cas avant 15 ans, dans trois cas avant 5 ans. On connaît bien aujourd'hui cette hystérie infantile dont le tableau clinique ne diffère pas essentiellement de ce qu'il sera plus tard. Les troubles du caractère mettent souvent sur la voie du diagnostic en l'absence de troubles somatiques. Tantôt on observe des caprices, des hallucinations viscérales, de la dysphagie ; tantôt des phénomènes respiratoires, la toux hystérique bien étudiée par Lasèque, le hoquet, les bâillements, les accès de fou rire. Les stigmates peuvent se voir dans la seconde enfance. L'attaque elle-même n'est guère modifiée.

Comment se manifeste la névrose chez les tout petits enfants ? Sur ce point, les observations sont bien peu nombreuses. Les récents travaux d'Ollivier et de Burnet, ceux de Vibert et de M. le professeur agrégé Weill jettent une certaine lumière sur cette question encore obscure. On sait que les Allemands et les Anglais font une forme nosographique de ce syndrome appelé *pavor nocturnus*, syndrome qui peut résulter d'une simple indigestion, d'une infection passagère. Pour certains auteurs, les terreurs nocturnes des petits enfants sont souvent l'indice d'une hystérie latente, et cette opinion apparaît vraisemblable, si l'on considère qu'il s'agit là d'un phénomène psychique accompagné d'hallucinations. L'enfant voit passer dans ses rêves le chien avec lequel il a joué pendant la journée, rien de plus naturel. Mais s'il se réveille en poussant des

cris, cet effroi suppose une l'exagération des mouvements de défense, un reflexe compliqué, dit Ollivier, qui est bien dans les allures de l'hystérie. De même pour l'énurésis. Dans bien des cas, l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants est une véritable hallucination, l'enfant rêve qu'il urine dans les conditions normales.

MM. Ollivier et Burnet signalent encore quelques troubles comme les céphalées dites de croissance, l'urticaire nerveux. Quant aux stigmates proprement dits, ils n'existent pas ou sont d'une observation presque impossible.

Concluons avec M. le professeur agrégé Weill, que l'enfance n'est pas *a priori* un terrain défavorable à l'éclosion des accidents hystériques ou neurasthéniques que le traumatisme développe chez l'adulte. Il est intéressant de savoir quelle forme affectent ces accidents pendant la période qui s'étend du premier âge à la puberté, soit jusqu'à quinze ans. Etmüller disait que la femme est plus sensible à l'hystérie parce que son système nerveux est plus délicat. Pendant la croissance, le système nerveux est aussi plus délicat. L'encéphale quintuple son volume d'un à quinze ans. C'est seulement vers la fin du deuxième mois de la vie extra-utérine que la myélinisation, progressant de la moelle vers le cerveau, est complète. Quant au cortex, les cellules pyramidales de la zone psycho-motrice sont seules achevées à la naissance, celles des autres territoires se formeront peu à peu et deviendront le siège de mémoires partielles. Enfin les sens sont en voie d'éducation, les impressions sont plus vives et la raison manque pour les apprécier et les comparer. Toutes ces causes nous font entrevoir comment l'hystérie sera modifiée, s'adressant à un système nerveux plus fruste et plus excitable.

Quoi qu'il en soit, il semble que, dans certaines conditions, les traumatismes les plus légers puissent faire apparaître chez de jeunes sujets en voie de croissance, des phénomènes névropathiques qui rappellent de loin ceux de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Nous essaierons d'en étudier un certain nombre successivement et sans ordre, puisque la névrose traumatique semble être une entité morbide moins encore chez l'enfant que chez l'adulte. Il s'agit de faits isolés que leur étiologie et leur caractère permettent seuls de rapprocher.

I. HYSTÉRIE LOCALE

Tantôt les troubles locaux relevant du traumatisme surviennent chez un enfant manifestement hystérique, tantôt ils se présentent isolément et pourront devenir le point de départ de phénomènes généralisés. C'est parfois de très bonne heure qu'on les constate et les jeunes garçons y sont sujets aussi bien que les petites filles. Il y aurait erreur à croire que le tempérament dit hystérique se rencontre toujours. Ce sont, dit M. Richer, des enfants forts, bien constitués, à intelligence moyenne et bien équilibrés, chez lesquels l'hystérie borne ses manifestations aux troubles de la motilité et de la sensibilité ; pas de pleurs faciles, de rires nerveux, ni d'attaques. Cette dissociation des signes de la névrose se produit dans le cas d'hystérie incomplète et en particulier celle des enfants. Il s'agit donc bien d'affections nerveuses locales, suivant le mot créé par Brodie. On distinguera facilement ces affections des lésions chirurgicales par la présence des troubles

sensitifs, l'absence ordinaire des troubles trophiques, la guérison brusque. Enfin le traumatisme le plus insignifiant suffit à les produire.

En général, le rapport entre la localisation symptomatique et le siège du coup est assez étroit. Lasègue raconte l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans qui fut prise de blépharospasme hystérique à la suite du séjour d'un grain de sable dans l'œil. Leber cite une enfant de onze ans, qui, immédiatement après un coup reçu dans la région de l'œil gauche, présenta, outre un blépharospasme très accentué, de la photophobie, un rétrécissement du champ visuel et une contracture des muscles de la face. La guérison fut obtenue en quelques jours. Mooren rapporte un cas de blessure de la tête chez un jeune garçon suivie d'amblyopie avec rétrécissement du champ visuel.

Quoi qu'il en soit, l'hystérie locale monosymptomatique est fréquente, Strümpell a même distingué deux formes de la névrose : l'une locale, qu'il rattache à l'hystérie ; l'autre générale, dont il fait une entité morbide.

Paralysies et anesthésies, contractures, hyperesthésies, tels sont les types morbides de l'hystérie locale. Bien entendu, ces types sont schématiques, les phénomènes pouvant s'associer de plusieurs manières. La paralysie est flasque, sous forme de monoplégies ou de paralysies segmentaires s'étendant progressivement par segments musculaires associés dans les mouvements intentionnels. Cet état hésitant de la paralysie, localisée d'abord, puis gagnant tout le membre pour revenir au même point, est bien indiqué dans l'observation suivante que nous empruntons à Rendu.

OBSERVATION I

(*Archives de Neurologie*, 1887).

Amélie D..., âgée de quatorze ans et demi, entre le 9 mars 1887 dans le service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne de Boulogne. Les antécédents héréditaires sont complètement inconnus. Son père est bien portant, mais la malade ne connaît pas sa mère, et de ce côté l'hérédité névropathique peut exister sans qu'on puisse la démontrer. Personnellement, cette jeune fille n'a jamais eu d'autre maladie qu'une grave atteinte de choléra, en 1884.

En 1885, il s'est développé au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui la faisait souffrir, surtout à la pression. Soignée à Saint-Antoine par des applications de teinture d'iode et l'immobilisation, elle fut guérie en six mois. Mais à partir de cette époque, la main gauche a commencé à s'affaiblir et la malade dut être retirée de la maison où elle était en apprentissage. Elle ne souffrait plus du poignet, les mouvements étaient conservés, mais la main était devenue extrêmement faible et laissait tomber les objets. Depuis deux mois, il existe quelques mouvements chroniques aux membres supérieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants : la forme et l'aspect du membre supérieur gauche ne sont pas modifiés. Il existe une parésie du membre supérieur, il est très difficile à la malade de porter la main sur la tête. La face n'est point paralysée. Le goût, l'odorat, sont diminués à gauche. L'examen des yeux montre l'existence d'un rétrécissement concentrique prononcé du champ visuel de l'œil gauche. Rien à droite. Il y a du côté gauche une hémi-anesthésie au tact, à la douleur et à la température; le sens musculaire est aboli.

On applique le jour de l'entrée, un aimant auprès du bras gauche. Au bout de trois quarts d'heure, la sensibilité est revenue

partout, sauf à la partie inférieure de l'avant-bras gauche et à la main. La parésie s'est atténuée, le transfert de l'autre côté du corps ne s'est pas produit.

25 avril. — Rien d'anormal dans les mouvements de l'épaule, du bras et du coude. Ceux de l'articulation radio-carpienne sont conservés, mais très affaiblis; de même pour les mouvements des doigts. La main semble lourde à la malade, elle laisse tomber les objets qu'elle porte. Les muscles de la main ont conservé leurs propriétés élastiques, mais ils sont un peu amaigris et moins forts qu'à l'état normal. Le mouvement d'opposition du pouce par exemple, est possible, mais affaibli, de même pour l'action des inter-osseux. Au dynamomètre on obtient: pour la main droite 22, pour la main gauche 15. La sensibilité cutanée est peu développée en général. Ainsi, du côté sain, on peut enfoncer une épingle assez profondément dans la peau du bras sans faire crier la malade qui accuse seulement un peu de douleur. La diminution de la sensibilité de ce côté porte sur la moitié antérieure du tronc et sur le membre supérieur tout entier. Le ventre et les membres inférieurs ont leur sensibilité normale. A gauche, la sensibilité est également émoussée sur le tronc et le membre supérieur, mais les phénomènes les plus intéressants s'observent au poignet et à la main. Celle-ci présente une anesthésie absolue qui remonte à 2 ou 3 centimètres sur le poignet de façon à figurer un véritable gant. Sur toute l'étendue de la main, la malade ne sent pas quand on la pique et elle ne distingue pas le chaud du froid.

La sensibilité profonde est abolie, le sens musculaire est perdu en ce qui concerne les doigts et le poignet. L'odorat, l'ouïe, le goût sont normaux et il n'y a aucune différence entre le côté gauche et le droit. Pas d'anesthésie du pharynx, pas de rétrécissement du champ visuel, aucun point hystérogène. Il est impossible de provoquer des contractions à l'aide de la bande d'Esmarch. Depuis quelques jours les mouvements choréiques qui existaient lors de la rentrée de la malade à l'hôpital et qui avaient disparu, ont de nouveau reparu.

Voici maintenant une observation de monoplégie-bra-

chiale double survenue chez une petite fille de dix-huit mois, à l'occasion d'un traumatisme insignifiant. Le fait est raconté par le Dr Gillette, à la Société obstétricale de New-York.

OBSERVATION II

(Empruntée au *New-York medical Journal*.)

(Traduction personnelle.)

Le Dr Gillette raconte le fait comme il suit : une petite fille de dix-huit mois avait l'habitude de courir et de se jeter par terre pour s'amuser. Jeudi soir dernier, elle était en train de se livrer à son amusement favori, lorsque sa mère la prit par le bras pour l'arrêter de sauter. Le bras de la petite tomba immédiatement à son côté, et tous les efforts qu'elle fit ne purent le mouvoir. Un médecin du voisinage fut appelé, lequel, ne trouvant rien qui pût expliquer cette paralysie, fit une application d'eau froide et envoya chez le Dr Gillette, médecin de la famille. Celui-ci vit l'enfant le lendemain matin. Il trouva le bras pendant au côté, la petite criait et se démenait comme si elle eût eu de violentes douleurs. Un examen attentif ne révéla aucune lésion, le pouls et la température étaient normaux, l'appétit conservé. Il n'y avait ni lésion ni maladie, mais on lui dit que l'enfant était d'un caractère très impressionnable pour son âge.

Elle pleurait rien qu'à la vue de certaines peintures et au récit de choses tristes. Tout de suite le Dr Gillette diagnostiqua des phénomènes hystériques. Rappelé le soir même, il ne trouva aucune modification. Le lendemain matin, on le fit venir à la hâte, il trouva que l'autre bras aussi était paralysé. La petite avec ses bras pendants avait vraiment triste aspect. Les parents insistèrent pour une consultation médicale, croyant qu'ils avaient affaire à une paralysie traumatique. Le Dr Gillette leur conseilla d'attendre jusqu'au lendemain. Trois heures après, on le rappela ; il trouva l'enfant assise sur les genoux de sa mère et entourée de tous les

parents. Il déclara à la famille qu'on pouvait faire une consultation, mais avant il voulait tenter une petite expérience. Conseil fut donné au père d'acheter un ballon multicolore et de proposer à l'enfant de jouer avec lui.

De plus, il pria que tout le monde évacuât la chambre, sauf le Dr Gillette et les parents. L'expérience fut suivie de succès, l'enfant joua au ballon comme si rien n'était arrivé. La petite fille étant bien portante, le traitement consécutif fut moral et hygiénique. Le Dr Gillette déclare n'avoir jamais observé l'hystérie dans un si jeune âge, ni jamais rien lu de semblable dans la littérature médicale.

Il est regrettable que l'état de la sensibilité n'ait pas été recherché. En tout cas, l'hystérie n'est pas douteuse, le succès du traitement en fait foi.

Un fait analogue a été publié par un auteur américain, Dana, sous le titre de paraplégie périodique, six attaques de paraplégie durant trois à six semaines chez un enfant de neuf ans. La première survient après une légère chute sur les genoux ; pas de douleur. Les pieds sont en varus équin, les jambes sont raides, les réflexes exagérés, pas de troubles des sens. Trois jours plus tard l'enfant se tient debout sans marcher. On l'amène en cet état à la clinique, là par persuasion elle marche une demi-heure et s'en va à pied, soutenue par un aide.

Après les paralysies flasques, les contractures viennent au premier rang, d'après la statistique de Berbez. On sait avec quelle sagacité le chirurgien anglais Brodie a étudié les contractures hystériques périarticulaires, caractérisées par la zone d'hyperesthésie cutanée, l'anesthésie profonde avec perte du sens musculaire. Dans la forme décrite à la hanche sous le nom de coxalgie hysté-

rique, M. le professeur Ollier pense qu'il s'agit plus souvent de coxalgie chez une hystérique que d'hystérie pure. Voici une observation qui ne laisse pas de doute sur l'existence de ces arthralgies traumatiques dans l'enfance. Il s'agit d'une jeune scrofuleuse et l'on sait combien intimes, sont pour certains auteurs, les rapports de l'hystérie et de la tuberculose.

OBSERVATION III

(*Suisse Romande*, 1886).

Jeune scrofuleuse de douze ans, sans antécédents nerveux, tombée en septembre 1883 sur le genou droit. Légère excoriation de la peau. Un mois plus tard, gonflement de l'article, douleur, la malade entre à l'hôpital de la Providence à Neuchâtel. Diagnostic : synovite traumatique; vingt-cinq jours après, la malade sort guérie en apparence. Bientôt, douleur dans les mouvements, fatigue, puis contracture, raideur du genou en demi-flexion; rentrée à l'hôpital, on chloroforme la malade; la jambe s'étend très bien, puis revient bientôt à sa mauvaise position malgré un bandage contentif. Un nouvel examen fait constater l'absence de tout phénomène inflammatoire, mais une hyperesthésie profonde de l'articulation. L'hyperesthésie remontait au-dessus et descendait au-dessous du genou. Contracture très prononcée des muscles fléchisseurs. Diagnostic : contracture hystéro-traumatique. Guérison complète au bout de quatorze jours.

Le 4 juillet 1886, la malade eut le bras droit pincé dans une porte pendant près de dix minutes. Quelques légères sugillations de la peau. Les douleurs ne semblent pas avoir été très fortes, dans tous les cas elles disparaissent très vite. Deux jours après la malade se plaignit de ne plus pouvoir remuer le bras, et on l'amena aussitôt à l'hôpital. A son arrivée, on constate une anesthésie complète jusqu'au poignet. Sensibilité normale dans la partie supé-

rière du bras, les limites de l'anesthésie ne concordent nullement avec celles de la contusion, les muscles du bras et de l'épaule sont paralysés, la malade ne peut leur faire faire aucun mouvement, mais la contraction faradique est intacte. Pas de troubles trophiques. M. Burckhardt pense que, dans le second accident arrivé à cette fille, ce serait surtout la frayeur qui serait en cause et le pincement n'aurait agi que comme cause localisante de l'accident hystérique. La présence simultanée d'une contracture et d'une paralysie prouve une fois de plus l'étroite parenté des deux manifestations.

Quelle est la pathogénie de l'hystérie locale? Charcot, chez l'adulte, fait intervenir d'une façon exclusive l'auto-suggestion. On dit à l'hypnotisé que son bras est paralysé, on l'empêche de remuer, et l'idée d'impuissance s'installe dans son cerveau. De même, en cas de traumatisme, c'est le blessé qui s'impose son idée d'impuissance. La contracture psycho-traumatique est identique aux contractures cérébrales des états somnambuliques par opposition aux contractures spinales ou léthargiques. Ces explications sont applicables aux enfants, mais rien ne prouve qu'elles soient vraies dans tous les cas. Brown Séquard a montré qu'il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins profondément l'équilibre dynamique du système nerveux. Les irritations périphériques unilatérales (au tronc, aux membres, à la tête) déterminent des changements de telle sorte qu'on voit la zone excito-motrice, la moelle, les nerfs, gagner en excitabilité dans certains points, tandis que d'autres perdent leur excitabilité d'une façon notable. En général, l'état dynamique se montre du côté de l'irritation, l'état d'inhibition du côté opposé. De fait, il est plu-

sieurs cas où l'élément psychique ne semble pas avoir joué un grand rôle (observations VI et VII).

II. NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE

Les accidents de cette catégorie surviennent généralement après un traumatisme intense, ainsi que Charcot l'a montré chez l'adulte. M. Charpentier a signalé à la Société médico-psychologique un cas de mélancolie avec stupeur chez un enfant de cinq ans bien portant, consécutive à une chute grave sur la tête. Le mutisme disparut subitement au bout de vingt ans, après une séance de faradisation (*Encéphale*, 1887). Rapprochons de ce cas de mutisme compliqué celui de Küssmaul. Une jeune fille de treize ans tombe sous une voiture et n'a que quelques écorchures à la peau. Mais elle perd subitement la parole. Tout est tenté pendant treize mois sans succès. Un beau jour la jeune fille se précipite dans les bras de sa mère en disant à haute voix : « Maman, je parlerai encore ». Elle était guérie.

D'autre part, il n'est pas douteux que les traumatismes de la tête puissent susciter chez les enfants la neurasthénie, comme témoignent les observations recueillies par M. le professeur agrégé Weill et par M. Vibert. Cette névrose se voit chez les adolescents, à la suite du surmenage qu'entraînent les études scolaires faites en vue d'examens, mais elle est peu étudiée chez l'enfant. Baginski la définit « un trouble du sommeil et de la nutrition provoqué par le surmenage intellectuel et physique ». C'est une névrose de croissance.

OBSERVATION IV

(Vibert, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1892).

Le jeune L... est âgé de cinq ans. Le 3 août dernier, un échafaudage s'est écroulé auprès de lui, il a été atteint par quelques planches et a reçu aussi plusieurs contusions en divers points du corps. Une seule de ces blessures a laissé des marques appréciables aujourd'hui (16 avril); c'est une cicatrice de plaie contuse, longue de 4 à 5 centimètres, située au milieu du front et qui ne paraît pas avoir intéressé toute l'épaisseur de la peau.

Immédiatement après l'accident, l'enfant aurait perdu connaissance pendant plus d'une heure. Il aurait été pris ensuite de délire, d'une vive agitation et de vomissements continuels, de sorte qu'on l'a cru atteint de méningite : on lui a posé des sangsues derrière les oreilles et on lui a appliqué de la glace sur le crâne pendant une quinzaine de jours.

Depuis lors, le jeune L... serait resté fort différent de ce qu'il était avant l'accident, et dans un état que les parents décrivent ainsi : l'enfant dort très mal, chaque nuit il est réveillé trois ou quatre fois par des cauchemars qui lui font pousser des hurlements. Toute la journée, il est triste, grognon, et de temps à autre est pris brusquement d'hallucinations qui lui retracent l'accident ou lui font voir un homme qui va le battre. L'approche d'un étranger éveille toujours ses terreurs, et, en effet, quand il a été amené à notre cabinet, il n'a pas cessé un instant de crier de toutes ses forces, de trépigner, de se débattre et de chercher à s'échapper. Il mange mal, son appétit est très irrégulier, et parfois il vomit les aliments qu'on est parvenu à lui faire prendre. Il n'a jamais eu de crises convulsives, ni de perte de connaissance depuis celle qui a suivi l'accident. Le jeune L... avait sans doute une certaine prédisposition aux affections nerveuses, car l'un de ses frères, âgé maintenant de quinze ans, est idiot au dire de ses parents.

OBSERVATION V

(Vibert, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1892).

La jeune Léontine H..., âgée maintenant (décembre 1891), de trois ans et demi, aurait reçu au moment de l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé, une contusion au front. Cette blessure était certainement légère, car elle n'avait laissé aucune trace appréciable le 14 août. La petite H... n'a pas perdu connaissance, mais elle a été, paraît-il, extrêmement effrayée. Elle voulait se jeter du haut de l'impériale où elle se trouvait avec ses parents ; elle est ensuite restée une demi-heure environ sur le lieu de l'accident, criant, hurlant sans arrêt. Les jours suivants, elle a dû garder le lit, parce qu'elle avait mal à la tête, ne dormait pas, était faible, vomissait presque tout ce qu'elle prenait. Le 14 août, date d'une première visite que nous lui avons faite, elle paraissait en voie d'amélioration, mais depuis lors son état se serait, au contraire, aggravé, et à cet égard, voici ce que déclarent les parents. Le caractère de la petite Léontine a beaucoup changé, il est devenu difficile, inégal, et le plus souvent triste. Au milieu de ses jeux l'enfant s'arrête tout à coup pour rester sombre et silencieuse, ou bien pour se plaindre et pleurer, ou encore pour pousser des cris d'épouvante, motivés par des hallucinations terrifiantes ; elle dit voir des flammes, du feu, des bêtes, elle est alors souvent prise de tremblement, mais elle ne paraît pas avoir eu jamais d'attaques convulsives, ni de perte de connaissance. Ces crises surviennent aussi la nuit et réveillent l'enfant qui, d'ailleurs, dort toujours très mal, parfois deux ou trois heures seulement. Les parents déclarent encore que la jeune Léontine qui avait été propre de très bonne heure, recommence maintenant à uriner souvent au lit. Son appétit serait devenu fort irrégulier et capricieux ; elle mange à des heures quelconques, après maintes exhortations et promesses. Elle n'a pas de vomissements, les urines ne contiennent pas de sucre.

Il est difficile de contrôler les déclarations qui nous ont été faites. L'examen d'une aussi jeune enfant ne donne que des résultats fort incomplets. On ne saurait obtenir d'elle des renseignements sur ce qu'elle éprouve, et certaines explorations comme celles du champ visuel sont impossibles. Le pouls est un peu irrégulier, avec de rares intermittences.

Une autre remarque a été faite. Au cours de nos dernières visites, nous avons vu plusieurs fois l'ébauche de crises dont il nous a été parlé ; l'enfant prend tout à coup un air sombre, renfrogné, et reste immobile, les sourcils froncés, le front plissé, avec une expression qui est moins celle d'une enfant simplement grognon que celle qu'on remarque habituellement chez les personnes atteintes de la névrose traumatique.

Nous ne trouvons dans cette seconde observation aucun antécédent névropathique à signaler. On sait qu'à l'âge adulte, la névrose traumatique survient assez souvent chez des gens indemnes de toute tare nerveuse, héréditaire ou acquise (neuf fois sur vingt et un cas, d'après Berbez.) L'analogie est donc complète entre la neurasthénie traumatique et le syndrome présenté par nos deux malades. Rien ne manque au tableau : céphalée, insomnie, faiblesse, signes de dépression cérébrale et troubles digestifs, ce sont bien là les symptômes cardinaux de la neurasthénie. Ajoutons les hallucinations hypnagogiques qui ne font presque jamais défaut en cas de traumatisme.

Les petits malades de Vibert présentent un autre phénomène intéressant. Tous deux s'arrêtent au milieu de leurs jeux pour pleurer et pousser des cris d'épouvante. C'est bien là une ébauche de crise hystérique, et l'on sait que chez les tous jeunes enfants, l'ébauche de crise est la règle. Sous le nom vague d'éclampsie, les auteurs ont décrit

toutes les convulsions généralisées dues à une irritation portant sur les nerfs périphériques, comme brûlures, dentition, indigestion, vers, calculs, phimosis, testicule à l'anneau, etc., ou à une action infectieuse, comme dans les pyrexies et l'urémie. Ces convulsions peuvent être la première forme de l'épilepsie et de l'hystérie. En effet, si l'on considère les malades dans la première enfance, on voit que les caractères différentiels entre les névroses s'effacent, il ne reste qu'un type unique, convulsif, dont la fréquence s'explique par le développement incomplet des centres modérateurs. Parfois, cependant, le diagnostic est possible, ainsi que l'a montré Grancher. Une enfant de dix-huit mois est prise subitement de crises consistant dans le renversement de la tête en arrière, les mouvements des yeux, de petites secousses des membres et du spasme pharyngé. Cette malade ne tombe pas et ne laisse même pas échapper les objets qu'elle tient à la main. Elle ne semble pas avoir conscience de l'attaque, mais la santé n'est pas atteinte, on peut arrêter les accès en l'interpellant vivement, ce qui est impossible dans l'épilepsie, de plus on constate qu'elle peut se donner ses crises presque à volonté. Il s'agit donc bien d'une convulsion hystérique.

Dans un mémoire récent¹, M. Chaumier a essayé d'indiquer les traits caractéristiques de ces convulsions chez les tout petits enfants. Il en distingue deux degrés, les phénomènes émotifs et les pâmoisons. Les premiers consistent en des colères violentes, dont l'accès ressemble à un paroxysme maniaque, survenant pour une cause futile

¹ Ollivier, *Rapport à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Chaumier*, 1891.

ou sans cause appréciable. Dans la pâmoison, les muscles sont contracturés, la face pâle, les mâchoires serrées. La pâmoison est relevée dix-neuf fois par M. Chaumier. Trois de ses petits malades appartenaient à des familles où plusieurs membres avaient présenté des symptômes hystériques; ce phénomène coïnciderait souvent avec le strabisme, le nystagmus, les frayeurs nocturnes, l'abolition des réflexes palpébral et pharyngien. Mais il est évident qu'en pareil cas, à moins de raisons bien nettes, il ne faut pas se hâter de prononcer le mot d'hystérie. Bizarries de l'intelligence et du caractère, impulsions, frayeurs nocturnes, tendance aux convulsions, ce sont là des signes qui caractérisent, d'après M. le professeur Pierret, les héréditaires. Plus tard seulement s'affirment les traits de l'hystérie classique, les délires systématisés et les névroses sous toutes leurs formes.

III. HÉMIHYPERESTHÉSIES

Les auteurs signalent l'hyperesthésie diffuse à titre de phénomène banal et d'accident éloigné dans l'hystérie traumatique. Berbez n'en parle pas dans ses observations de traumatisme crânien avec anesthésie et paralysie situées du côté même du choc. Il faut arriver au mémoire de M. le professeur agrégé Weill pour trouver une description systématique de l'hémihyperesthésie profonde, associée ou non à des troubles de la sensibilité cutanée et au rétrécissement concentrique du champ visuel. Le syndrome fut observé pour la première fois chez des tuberculeux. Il s'agit essentiellement d'une hyperesthésie

profonde des muscles, des os et des articulations, occupant un côté du corps, à l'exclusion des extrémités des membres, parfois le corps tout entier, mais avec une prédominance constante de l'hyperesthésie d'un côté. Ces phénomènes se révèlent à l'insu du patient, sont sujets à disparaître, à se reproduire et n'exercent sur l'affection pulmonaire aucune influence appréciable. Ajoutons qu'ils existent à tout âge, et nous avons pu observer l'hémihyperesthésie, d'une façon très nette, chez deux petites filles de la clinique des enfants. Plus tard, M. le professeur agrégé Weill mit en évidence des faits analogues survenus à la suite de traumatismes légers de la tête. Les observations suivantes concernent deux petits garçons, l'un de dix ans et demi l'autre de douze.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le professeur agrégé Weill.)

Le premier, T., âgé de dix ans et demi, est robuste, bien développé, intelligent, répond bien aux questions. Je l'ai vu pour la première fois le 28 novembre 1892, on me l'amena pour une affection cardiaque. Depuis le commencement d'octobre, il remarquait que la course, la marche rapide, le jeu avec ses camarades produisaient un certain essoufflement qui ne l'arrêtait cependant pas, lorsque, vers le 20, il se sentit des battements de cœur toute la journée, de l'anhélation au point qu'il garda la chambre. Le soir, survint une crise qui dura quatre heures et qui rappelle plus ou moins l'angine de poitrine : douleur vive dans la région précordiale, sans irradiation dans le bras, dyspnée intense, angoisse, gémissements.

Depuis le 20 octobre, jusqu'au 28 novembre, le malade a présenté des phénomènes identiques, se répétant régulièrement tous

les jours : dyspnée modérée avec palpitations et accélération du cœur le jour, le soir crise à forme angineuse de quelques heures de durée. Cette crise cessait vers minuit, l'enfant s'endormait avec un sommeil agité, mais ne souffrait pas la nuit. Les palpitations, les crises douloureuses sont allées en s'accroissant depuis le début ; dans les derniers temps, il y avait une sorte de douleur en plaque dans le côté gauche de la poitrine qui ne le quittait plus.

J'ai pu observer le jeune T. en pleine crise, assis sur son lit, la figure pâle, l'expression effrayée, la respiration lente comme suspendue volontairement par la douleur, accusant des élancements violents dans tout le côté gauche de la poitrine, sans irradiations dans le bras.

L'auscultation révélait des bruits normaux, mais ralentis. Le cœur battait 65 fois à la minute. Il n'y avait ni souffle, ni frottement, ni altération du rythme, ni retentissement exagéré du second bruit. On ne constatait ni hypertrophie cardiaque, ni lésion pulmonaire, ni modification de la température. L'urine ne renfermait ni sucre, ni albumine.

Le ralentissement des battements du cœur contrastait avec l'accélération qu'il présentait dans la journée, où on obtenait facilement 110 à 120 pulsations à la minute.

Depuis le début de son affection, T. avait eu à deux reprises un torticolis avec raideur du cou, douleurs spontanées et surtout à l'occasion des mouvements, immobilisation de la tête dans une attitude inclinée. Il avait présenté une première atteinte de ce mal au commencement d'octobre, lorsqu'il commença à s'apercevoir que l'exercice violent le fatiguait ; une seconde atteinte vers le 20, au moment où éclataient les symptômes qu'il présentait encore à l'heure actuelle. Le torticolis n'avait duré chaque fois que quelques jours.

Le jeune malade attirant l'attention sur les douleurs vives qui siégeaient dans le côté gauche de la poitrine, je dirigeai mon examen de ce côté. La pression, même légère, était douloureuse dans toute la région précordiale, aussi bien au niveau des côtes que des espaces intercostaux. On ne trouvait pas de sensibilité localisée sur les points de Valleix. L'hyperesthésie, à la pression,

s'étendait au delà du siège des douleurs spontanées et occupait tout le côté gauche du corps, face et membre compris. L'hyperesthésie était profonde, quoique généralisée, prédominait dans la région précordiale. On ne constatait pas de changement dans le champ visuel, mais une abolition du réflexe pharyngien et une exaltation du réflexe tendineux du côté gauche, ainsi que de la contractilité faradique des muscles du même côté.

Voilà donc l'énumération des symptômes accusés par le jeune T..., dans l'ordre où ils ont apparu et avec la physionomie particulière qu'ils présentaient. Deux atteintes de torticolis, une période de quelques semaines avec quelques légers troubles du cœur à l'occasion des efforts, une période de quelques semaines avec des accidents sérieux rappelant l'angine de poitrine.

Au premier abord, on devait songer à une affection cardiaque. T... n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire. Mais on sait que, si chez l'adulte l'endocardite s'associe aux formes sérieuses du rhumatisme polyarticulaire, chez l'enfant le cœur se prend avec une déplorable facilité, lorsque le rhumatisme est peu intense, même purement musculaire.

La constatation d'une hémihyperesthésie profonde était en faveur d'une modification des centres nerveux. T... ne présentait d'antécédents nerveux ni héréditaires, ni personnels. Il n'avait jamais eu de convulsions, de chorée, d'émotion, de frayeur. Par exclusion, je pensai à la possibilité d'un traumatisme.

Sur ma demande, T... m'apprit que le 25 septembre, étant debout tout droit sur une voiture d'enfant de 50 centimètres de haut, il tomba à la renverse et vint toucher le sol par le côté gauche de l'occiput. Il n'eut ni plaie, ni ecchymose, présenta une douleur passagère ; sa chute ne s'accompagna ni d'étourdissement, ni de modification quelconque de la connaissance. Il se releva de suite et se mit à jouer. Il ne fit d'ailleurs pas attention à cet accident pas plus que ses parents qui y assistaient et qui n'y ajoutaient aucune importance. Le soir de l'accident, il eut un mal de tête qui se dissipa dans la nuit. Deux jours après, le 1^{er} octobre, il alla au lycée.

La première attaque de torticolis survint le 8, dix jours après

l'accident, en même temps qu'une légère dyspnée d'effort; ce n'est que vers le 20, trois semaines après la chute, que les phénomènes sérieux firent leur apparition. Ajoutons que l'enfant, absolument insouciant, ne songeait plus à son accident, ne s'en préoccupait nullement, et que chez lui l'élément psychique ne semble pas avoir joué un grand rôle dans la genèse des phénomènes morbides.

Je me rattachais à l'idée d'un état hystériforme engendré par une chute sur la tête, se traduisant objectivement par une hémihyperesthésie, subjectivement par des désordres plus ou moins graves de la circulation. On ne pouvait invoquer ni cardiopathie, ni tabagisme, ni alcoolisme. Le jeune T., ne fumait pas en cachette et ignorait les pratiques de l'onanisme. Au surplus, d'autres symptômes d'une recherche un peu minutieuse me confirmèrent dans mon idée. Depuis sa chute, T... qui était antérieurement bon élève, se faisait punir. Il n'était plus attentif, apprenait mal ses leçons, ne pouvait suivre longtemps le professeur dans ses explications. Il passait au rang d'élève médiocre. Son sommeil n'était plus paisible comme avant. Il rêvait de cafards, de voleurs, et cela régulièrement toutes les nuits. Les modifications dans les fonctions cérébrales se produirent de suite après la chute et mon explication fut comme un trait de lumière pour les parents qui ne comprenaient rien aux changements survenus dans la santé de leur enfant.

Au surplus, l'évolution de la maladie justifia pleinement cette manière de voir. Le traitement consista en lotions froides générales le matin, en l'application d'un drap mouillé le soir et en pulvérisations d'éther sur la région précordiale. Très rapidement les crises pseudo-angineuses ont disparu, les douleurs spontanées et la dyspnée ont cédé au bout de quelques jours. Au bout d'un mois l'hyperesthésie n'existait plus aux membres et à la tête, mais occupait encore le cou et le tronc. Six mois après, il en restait des vestiges. Le seul changement persistant actuellement, c'est une légère diminution de la mémoire et une certaine difficulté d'attention.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le professeur agrégé Weill).

L..., âgé de douze ans et demi, se portant bien jusque-là, sans antécédents nerveux ni accidents convulsifs dans l'enfance, a fait le 28 novembre 1892, une chute sur la tête. Il a glissé, est tombé de sa hauteur et le côté droit du front a porté lourdement sur le sol. Il n'a pas eu d'étourdissement, s'est relevé de suite et a été un peu ahuri. Il n'a rien senti jusqu'à la nuit. Dans la nuit du 28 au 29, il a ressenti une céphalée assez intense, occupant la région frontale, continue, accompagnée de battements. Cette céphalée a duré plusieurs jours. Le lendemain il fut obligé de garder la chambre. Il a eu une heure après son déjeuner un vomissement renfermant tout ce qu'il avait mangé. Ce vomissement se fit tout d'un coup, sans être précédé de nausées.

Le 1^{er} décembre, il présentait, outre sa céphalée, une hyperesthésie profonde portant sur les muscles, os, articulations, du côté droit du corps, sans troubles de la sensibilité cutanée; la vision était bonne, les réflexes rotuliens égaux des deux côtés. On constatait une anesthésie du pharynx et une hyperexcitabilité faradique des muscles à droite. L'hyperesthésie diffuse quoique profonde était prédominante du côté de la tête, dans la région de douleurs spontanées.

Je revis l'enfant le 18, et je constatai d'une part, une augmentation de l'hyperesthésie profonde du côté droit, d'autre part, l'apparition d'une hyperesthésie des téguments du même côté, l'exagération du réflexe rotulien à droite, enfin on me rapporta que depuis la chute le malade avait des cauchemars : il rêvait qu'il se battait, qu'il voyait des voleurs. Ce rêve, constant dans sa forme, s'est produit tous les jours depuis le 1^{er} décembre et à peu près vers la même heure, vers quatre ou cinq heures du matin.

De plus la mémoire a considérablement diminué. L'enfant ne retenait plus ses leçons. L'attention est devenue difficile. Au bout de quelques minutes, la céphalée reprend pour cesser après quelques minutes de repos. Il semble qu'il y ait de l'hyperexcitabilité

de l'ouïe. L'enfant n'aime plus le bruit. Il se bouche les oreilles quand ses camarades poussent des cris, il est agacé rien qu'à entendre réciter les leçons.

Un fait nous frappe surtout dans ces observations, à part les symptômes de neurasthénie, c'est l'analogie qui existe entre l'hyperesthésie des tuberculeux et celle de nos petits malades. En premier lieu, cette hyperesthésie se localise de préférence sur certains muscles : sterno-mastoïdien, intercostaux et région précordiale. C'est bien la systématisation que l'on trouve dans les vingt observations du mémoire de M. le professeur agrégé Weill, où le type le plus fréquent répond à l'hyperesthésie des muscles du cou, de la poitrine, de l'abdomen et de la cuisse. Quand la rétrocession se fait, le grand pectoral est l'ultimum moriens. Quant à l'anesthésie cutanée, nous ne la trouvons pas relevée dans nos observations. Il s'agit là d'un phénomène inconstant dépendant jusqu'à un certain point de l'hyperesthésie et presque toujours associé au rétrécissement du champ visuel. Nous n'accordons pas non plus une grande importance à l'abolition du réflexe pharyngien. Quoi qu'il en soit, l'existence de l'hyperesthésie profonde comme type bien défini apparaît d'une façon indiscutable, si on l'étudie dans son évolution.

Les troubles nerveux sont essentiellement passagers, il est rare que leur durée excède trois mois. Nous avons affaire à un état hystérieforme particulier, transitoire, sans tendance vers l'hystérie franche, à une sorte d'hystérie atténuée, et il est évident que les traumatisme crâniens légers peuvent produire cet état chez les enfants. Si le retentissement des lésions pulmonaires sur les centres

nerveux se montre dans certains cas d'une façon saisissante (expérience de M. le professeur Lépine), on peut admettre qu'un ébranlement des cellules cérébrales, par choc sur la tête pourra de même, en se diffusant, produire un syndrome spécial. « Il est bon dans ces états hystériques secondaires, dit M. le professeur agrégé Weill, de tenir compte des différences qu'ils présentent suivant les maladies qu'ils accompagnent, de faire des catégories, de façon à se rendre compte si la forme du syndrome ne dépend pas pour une part de la cause productrice. » Déjà Charcot avait remarqué que les agents provocateurs peuvent quelquefois, quoique accessoirement, imprimer un certain cachet aux manifestations de l'hystérie. Dans un autre ordre d'idées, on sait que l'hystérie, liée aux vers intestinaux, offre souvent une forme convulsive (faits de Landouzy, hystéro-traumatisme interne de M. Potain). Le fait d'un traumatisme crânien provoquant chez deux enfants des phénomènes à peu près identiques doit donc appeler l'attention.

IV. HÉMICHORÉE HYSTÉRIQUE

M. le professeur Pierret a démontré que des lésions de faisceaux moteurs dans un point quelconque de leur parcours pouvaient amener des mouvements choréiques. La chorée est donc une névrose cérébro-spinale. Ses rapports avec le rhumatisme sont absolument étroits, mais symptôme banal d'un certain nombre d'états diathésiques ou névropathiques, la chorée peut s'associer avec l'hystérie dont elle présente alors tous les caractères, guérison

Brusque par la pression des zones hystérogènes, la suggestion. Dans l'observation suivante, il s'agit bien d'hémichorée hystérique.

OBSERVATION VIII

(Bouchut, rapportée par M. Raymond, 1875.)

Hémichorée, hémiplégie consécutive au traumatisme.

Enfant âgée de onze ans, sans hérédité nerveuse, habituellement bien portante, n'ayant jamais eu de convulsions, est entrée salle Sainte-Catherine le 10 juin 1863. Elle est sortie guérie le 6 juillet suivant.

Trois semaines avant son entrée, pendant une promenade au Luxembourg, où elle jouait en sautant à la corde, elle tomba et la tête porta violemment sur le sol. Elle perdit connaissance pendant trois quarts d'heure et eut pendant plusieurs jours une petite bosse sanguine sur la région frontale gauche.

Dès le lendemain de l'accident, mouvements désordonnés, choréiques du côté droit du corps; diplopie sans strabisme, douleurs de tête vives à la région frontale, tintements d'oreille, un peu de surdité, amnésie tellement caractérisée que l'enfant oubliait presque aussitôt ce qu'on venait de lui dire, mais avec cela appétit bon, il n'y eut pas un seul jour de lit.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la douleur de tête existait encore avec diplopie, mais sans surdité et sans amnésie. L'enfant était très gaie, très intelligente et très bien portante, à cela près du trouble des mouvements dans le côté droit du corps.

A droite, mouvements choréiques dans les membres supérieur et inférieur, sans participation de la face. La main tient à peine les objets dont elle s'empare, elle est sans force et serre faiblement. Le bras ne peut être levé sur la tête et n'atteint que la hauteur de l'œil. Enfin il y a impossibilité de se tenir sur le pied

droit ou de lever cette jambe aussi haut que l'autre. Dans la marche, cette jambe traîne sur le sol et l'on constate que la peau sur tout le corps est le siège d'une anesthésie complète.

Des bains sulfureux furent administrés tous les jours ; la diplopie et la céphalalgie disparurent. Les jours suivants disparurent l'hémiplégie, la chorée, l'anesthésie, et, le cinquième, l'enfant se trouvait guérie.

Bardol qui cite cette observation en discute la valeur. Les stigmates hystériques n'ont pas été recherchés, mais l'anesthésie a une grande importance à ce point de vue. L'état de santé, dit-il, l'absence de troubles intellectuels, la prompte disparition des accidents (au bout de cinq jours), trop variés pour relever d'une lésion limitée, plaident en faveur d'une lésion dynamique plutôt que d'une lésion organique de l'écorce cérébrale. Inutile d'admettre, comme l'a fait Bouchut : « une congestion partielle dont la résolution spontanée devait amener celle des troubles nerveux produits par elle ». Une congestion partielle n'aurait pu porter à la fois sur cette partie de la substance blanche qui avoisine les corps opto-striés et le tiers postérieur de la capsule interne, en même temps que sur les nerfs moteurs de l'œil et certaines parties de l'écorce. Il s'agit donc bien d'hystérie traumatique.

Pourrait-on observer l'hémiathétose traumatique ? C'est probable. Oulmont a cité un cas d'hémiathétose primitive survenue chez un enfant de sept ans, de la suite d'une vive frayeur.

V. NÉVROSES URINAIRES

Sous ce titre, il faut comprendre le spasme de la vessie, la pollakiurie, la polyurie et l'incontinence nocturne d'urine. L'un quelconque de ces phénomènes peut se montrer associé à d'autres troubles nerveux, comme dans l'observation citée de M. Vibert ; mais il apparaît souvent comme conséquence unique du traumatisme. Sans doute, ces faits sortent beaucoup du domaine de l'hystéro-neurasthénie telle qu'on la conçoit chez l'adulte, mais nous savons que, dans la première enfance, l'hystérie n'est qu'à l'état d'ébauche (crises incomplètes, absence de stigmates). L'hérédité nerveuse sous toutes ses formes, similaire ou transformée, est ici seule en cause, et le syndrome hystérique qui rentre dans la classe de la dégénérescence (Ballet) n'a pas encore la précision qu'il aura plus tard. Or, le traumatisme réveille souvent cette hérédité nerveuse sous forme de polyurie ou d'énurésis.

La vessie se trouve bien ainsi « le miroir de l'âme », suivant l'expression de Born.

OBSERVATION IX

Georges F..., dix ans. Grands-oncles et grandes-tantes pissaient au lit dans leur enfance. Un frère est somnambule. Le malade urine au lit depuis une chute d'un étage. La faradisation n'a pas été prolongée assez longtemps pour agir.

OBSERVATION X

Charles L..., dix ans. Parents sains, à peine un peu de nervosisme chez la mère. Un frère mort de méningite. C'est un enfant

vigoureux, mais excitable, d'une turbulence extrême; dans son sommeil, il s'agit au point que ses voisins s'en plaignent. L'incontinence a débuté après une chute à califourchon.

Guinon, qui rapporte plusieurs observations semblables, a trouvé souvent l'hystérie chez la mère, ainsi que le rêve à ses différents degrés, depuis l'impression vive qui laisse un souvenir au réveil jusqu'au somnambulisme parfait. Il range l'incontinence nocturne parmi les stigmates bénins du nervosisme. Il en est de même de la polyurie traumatique.

OBSERVATION XI

(Polyurie traumatique chez un garçon de sept ans.

Service de M. Grancher.)

Père bien portant, mais vif, nerveux, emporté, non alcoolique. Mère, trente ans, non hystérique. Deux sœurs mortes en bas âge. Pas de convulsions dans la famille. Né à terme, a été élevé au biberon. Rougeole à deux ans, fièvre typhoïde à cinq ans, ictère à six ans. En juin 1877, se trouvant près d'un manège de chevaux de bois, il est atteint à la tempe gauche par l'un d'eux et jeté à terre, il n'eut aucun signe de commotion cérébrale et ne conserva qu'une bosse sanguine pendant quelque temps. Une semaine ou deux après, il se mit à boire et uriner en abondance (6 litres).

Etat actuel : Enfant grand, bien constitué, vigoureux, à peine amaigri. Pas d'anomalie crânienne ou faciale, sens normaux. Langue rose, humide; quand on prive l'enfant de boisson pendant quelques heures, elle se dessèche et la parole devient difficile. Voûte palatine légèrement ogivale, dents normales. Appétit modéré, soif continuelle (5 à 6 litres en vingt-quatre heures).

Traitement : Antipyrine avec doses progressives de 1 gramme à 4 gr., 50. Urine de 8 litres tombe à 7, puis brusquement à

3 litres 1/2. Nous le revoyons en janvier, il boit autant, il n'a pas maigri, il mange bien, il conserve tout son entrain.

Le sphygmomanomètre de M. Potain donne 10, chiffre très inférieur à la moyenne de l'adulte.

La polyurie semble bien dans ce cas un mode de réaction nerveuse spéciale à certains sujets à l'égard des traumatismes. « Le dégénéré se dissèque lui-même, dit M. Magnan, et présente à l'observation le fonctionnement isolé de tous les centres nerveux. » Chez d'autres enfants un traumatisme léger pourra devenir l'origine d'un diabète sucré grave, ainsi que l'a montré Rossbach.

OBSERVATION XII

(Rossbach, 1874.)

Un enfant de sept mois tombe des bras de sa nourrice. Immédiatement après, accès d'éclampsie suivi d'insensibilité prolongée, de vomissements abondants, de refroidissement de la peau avec pâleur de la face et cyanose; respiration superficielle, pouls ralenti, dilatation pupillaire. Quatre semaines après, signes de diabète, polyurie et polydipsie, amaigrissement notable. Plus tard, eczéma et furonculose. Mort trois semaines après le début.

CHAPITRE III

Quelques faits relatifs aux traumatismes crâniens.

Nous n'avons en vue que les accidents dits de commotion. Sans doute, il est difficile d'affirmer si dans tel cas un traumatisme même très léger ne s'accompagne pas d'un foyer d'hémorragie capillaire, et de faire la part des symptômes relevant de ce foyer. D'un autre côté, on sait que l'ébranlement produit dans les corps mous des modifications considérables. Les œufs fécondés voyagent difficilement en chemin de fer, ils deviennent inaptes à la reproduction. Westphal a prouvé que des coups portés sur la tête provoquent chez les animaux une attaque épileptiforme passagère, mais qu'au bout de quelque temps de repos, ces coups sont suivis d'attaques épileptiques chroniques ; cette épilepsie artificielle pourrait même devenir héréditaire. Lasèque range les traumatisés du crâne dans sa classe des cérébraux, malades qui reprennent leur

vie ordinaire sans aucun trouble apparent, mais n'en ont pas moins en puissance la disposition à une affection cérébrale. Il s'agit là d'un fait bien connu des aliénistes, étudié en Angleterre par Skaë (folie traumatique). « Toutes les plaies de tête ont une influence considérable sur le développement de la folie, dit Griesinger, soit qu'il y ait simplement commotion du cerveau, soit qu'elles s'accompagnent de fractures. » — Legrand du Saulle est aussi affirmatif.

Ajoutons que les traumatismes crâniens semblent jouer un certain rôle dans la localisation des accidents hystériques. Berbez a noté que, dans tous les cas où le choc est latéral, les troubles nerveux apparaissent du côté même du choc. L'observation III de sa thèse concerne un homme de trente-quatre ans : choc latéral gauche, céphalalgie, hémiparésie, hémianesthésie et atrophie homonymes, guérison par les aimants au bout d'un mois. Dans l'observation XX, un botaniste reçoit un coup de massue sur le côté gauche de la tête suivi de paralysie droite guérie par trépanation. Au bout d'un an, douleur de tête à gauche, hémianesthésie, le malade est sujet à des crises à la suite desquelles ses membres du même côté restent contracturés. Rappelons que, dans notre observation VII, il s'agit d'une hémihyperesthésie gauche consécutive à une chute sur le côté gauche de l'occiput, et dans l'observation VIII, d'une hémihyperesthésie droite succédant à une chute sur le côté droit du front. Ces faits ont leur importance au point de vue pathogénique.

Une hémorragie cérébrale, dit M. le professeur Pierret, n'est autre chose qu'un énorme traumatisme interne. Même après guérison, l'individu atteint restera un « laté-

ral » du côté opposé à sa lésion, et pourra transmettre cette disposition à ses descendants. On comprend aussi qu'un traumatisme crânien superficiel produise des troubles de la motilité et de la sensibilité, croisés par rapport à l'hémisphère où s'est produite sans doute une modification dynamique des cellules par contre-coup. Quoi qu'il en soit, une chute sur le crâne peut avoir une importance considérable, même chez les sujets non héréditaires. Un enfant tombe des bras de sa nourrice, il ne présente sur le moment qu'un peu d'hébétude, de la dilatation ou du rétrécissement pupillaire, des troubles digestifs. Plus tard, à propos d'une infection ou sans cause occasionnelle nette, on observera chez lui des phénomènes convulsifs, un délire d'accès, des troubles psychiques. C'est qu'il a perdu sa « virginité cérébrale ».

CHAPITRE IV

Diagnostic

La question de diagnostic ne se pose guère chez l'adulte : « prenez dix hystériques, dit Guinon, l'un saturnin, l'autre traumatisé, un troisième convalescent, un autre surmené et ainsi de suite. Il sera impossible de reconnaître la maladie de chacun d'eux, car bien entendu, dans cette hypothèse, distinguer l'hystérie ne sera rien, il faudra pouvoir dire hystérie, saturnine, traumatique, etc. Cela est impossible. » Il n'en est pas tout à fait de même chez l'enfant où non seulement l'hystérie présentera des aspects variés suivant ses causes provocatrices, mais encore pourra devenir simulatrice des maladies organiques de l'encéphale et de la moelle. Le diagnostic avec la méningite surtout tuberculeuse se posera le plus souvent. Le sujet de l'observation V de Vibert offre après sa chute du délire, de la céphalée, des vomissements ; dans l'observation VI, nous notons la tristesse et l'incontinence d'urine. Or,

céphalée, vomissements, constipation, ce sont bien les symptômes cardinaux de la méningite. La fièvre n'est pas signalée dans nos observations, mais l'on sait que la fièvre hystérique, déjà connue de Briquet, peut accompagner les phénomènes de pseudo-méningite. Quant au pouls il ne serait jamais irrégulier comme dans la méningite, suivant M. Pitres ; or, dans l'observation V, il se montre irrégulier avec de rares intermittences. Les phénomènes urinaires, si fréquents en cas d'hystérie traumatique, se voient aussi dans la méningite tuberculeuse où Hagenbach a observé la polyurie. Le diagnostic offrira donc dans certains cas une réelle difficulté, étant donnée surtout l'influence des coups sur la tête dans le développement de la tuberculose méningée. Les meilleurs éléments du diagnostic différentiel sont la céphalée s'accompagnant souvent d'hyperesthésie du cuir chevelu en cas d'hystérie, et la fièvre. La fièvre pseudo-méningitique est une rare exception, dit Pitres. Peut-être pourrait-on s'aider aussi, comme l'a fait Chantemesse, de la formule touchant l'inversion des phosphates dans l'hystérie paroxystique. Du côté des yeux, la contracture hystérique de l'orbiculaire avec abaissement du sourcil, simulatrice dans certains cas du syndrome de Weber, diffère du ptosis méningitique. L'hémihyperesthésie musculaire, articulaire et osseuse signalée par M. le professeur Weill, n'a guère de rapport avec l'hyperesthésie cutanée ou profonde, mais toujours diffuse de la méningite. Malgré tout le diagnostic offre des difficultés surtout quand il s'agit de la période prodromique de la tuberculose méningée dont les signes sont assez vagues, tristesse, abattement, horripilations, diminution de l'attention et de la mémoire. Il existe une ob-

servation d'Olivier où l'hystérie simula à s'y méprendre le syndrome de la méningite tuberculeuse, le diagnostic rétrospectif ne put être fait que beaucoup plus tard.

Enfin, en présence d'un état neurasthénique prononcé, il faudra songer au diabète infantile, relativement fréquent. Mais le diabète s'accompagne d'un amaigrissement rapide. D'ailleurs cette maladie étant une conséquence possible d'une chute même légère sur la tête, il faudra toujours, en cas d'accidents nerveux consécutifs au traumatisme, faire l'analyse des urines.

Parmi les phénomènes d'hystérie locale, seules les paralysies hystéro-traumatiques soulèveront la question du diagnostic différentiel. Les paralysies corticales, dit M. Richer, sont celles qui offrent les plus grandes analogies avec les paralysies hystériques. Ces paralysies sont limitées, incomplètes, transitoires et variables, elles s'accompagnent fréquemment de convulsions. Or les monoplégies sont souvent chez les enfants, la première marque de l'hystérie qui ne se trahit par aucun autre signe. Supposons un très léger traumatisme local et une paralysie étendue, on comprend que l'étiologie de l'affection puisse échapper et la nature de cette paralysie rester méconnue. Le début brusque, tel qu'on l'observe dans l'observation III, n'a pas grande importance. On se basera surtout sur ce fait que l'anesthésie fait défaut au cas de lésions corticales, au lieu qu'elle est la règle dans les paralysies hystéro-traumatiques. D'ailleurs la recherche des troubles de la sensibilité est difficile chez l'enfant. Ajoutons que l'atrophie musculaire et les troubles trophiques compliquent rarement les monoplégies hystériques.

CONCLUSIONS

I. Les chutes et coups sur la tête, chez les enfants d'un à quinze ans, peuvent être suivis d'accidents hystéro-neurasthéniques dont la gravité dépend, dans une certaine mesure, de l'intensité du traumatisme.

II. L'hystérie et la neurasthénie ne présentant pas chez l'enfant les traits arrêtés qu'elles ont chez l'adulte, ces accidents offrent une très grande variété de forme et le nom de névroses traumatiques leur convient bien, en ce sens qu'il ne préjuge rien sur leur nature.

III. Au cas de névrose infantile, l'étiologie traumatisme doit être recherchée avec soin.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Guinon. — Agents provocateurs de l'hystérie, Paris, 1889, thèse.
- Berbez. — Hystérie et traumatisme, Paris, 1887, thèse.
- Grasset. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme, Montpellier, 1889.
- Oppenheim. — Die traumatischen Nevrosen, 1889.
- Azam. — Psychoses traumatiques (Archives générales de médecine, 1881).
- Peugniez. — Hystérie chez les enfants, thèse de Paris, 1885.
- Weill. — Accidents nerveux chez les tuberculeux (Revue de médecine, 1893).
- Vibert. — Annales d'hygiène et de médecine légale, 1892.
- Guinon. — Névroses urinaires chez les enfants, thèse, Paris, 1889.
- Bardol. — Hystérie simulatrice des maladies de l'encéphale chez l'enfant, thèse de Paris, 1893.
- Rendu. — Archives de neurologie, 1887.
- Ollivier. — Rapport à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Chaumier, 1891.
- Gillette. — New-York medical Journal.

